

Douleurs pelviennes aiguës chez la femme

Les douleurs pelviennes aiguës de la femme peuvent révéler des affections très diverses et de gravité variable, parfois de ressort chirurgical. Elles prennent donc une part entière au chapitre des urgences abdominales de l'adulte. Une bonne connaissance des quelques pathologies gynécologiques sous-jacentes permet d'éviter dans la plupart des cas les actes chirurgicaux inutiles. L'échographie a largement contribué à la diminution des cœlioscopies purement diagnostiques.

Lionel SAVEY
Jean-Claude COLAU

Hôpital Foch
service de gynécologie-obstétrique
92151 Suresnes Cedex
Mél : l.savey@hopital-foch.org

La douleur pelvienne est un motif fréquent de consultation (5 % des patientes en gynécologie).

L'origine « gynécologique » d'une douleur pelvienne isolée est parfois difficile à déterminer. On s'astreindra à une écoute et un examen minutieux en premier lieu pour éliminer une urgence chirurgicale. Le praticien doit s'attacher à éliminer 3 urgences gynécologiques : la grossesse extra-utérine, la torsion d'annexe dont la prise en charge chirurgicale est urgente et la salpingite aiguë dont le traitement médical doit être rapide.

Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire doit être méthodique. Il est plus difficile que de coutume dans le contexte de l'urgence. Il faut savoir analyser les propos des patientes afin de les rattacher autant que possible à un symptôme connu et cibler les examens complémentaires.

La formulation de la plainte des patientes fait l'objet de variations individuelles importantes selon leur angoisse, leur psychologie ou leur culture.

Cet interrogatoire comprend la recherche des antécédents médicaux, d'interventions chirurgicales antérieures, d'infections génitales ou d'épisodes douloureux identiques.

On notera évidemment la date des dernières règles chez toute femme non

ménopausée et le mode de contraception ainsi que les oublis éventuels.

La patiente est en général en mesure de préciser le siège de la douleur, la date, le mode, l'heure de début, l'irradiation et le caractère continu ou paroxystique ainsi que d'éventuels facteurs déclenchants. On recherche également des symptômes associés : épisode fébrile récent, nausées ou vomissements, leucorrhées, métrorragies ou hématurie. L'examen clinique est mené avec attention en décubitus dorsal puis en position gynécologique. Tout est mis en œuvre pour que la patiente soit le plus détendue possible. La poursuite de l'interrogatoire pendant l'examen participe en général à cet objectif. La mesure de la pression artérielle, du pouls et de la température est systématique. L'inspection de l'abdomen et du pelvis décèle les anomalies des mouvements respiratoires de l'abdomen ainsi qu'un éventuel ballonnement.

La palpation est douce, elle concerne l'ensemble de la région abdomino-pelvienne et débute par les régions les moins douloureuses. On note au passage les éventuelles cicatrices témoignant d'interventions antérieures qui ont pu échapper à l'interrogatoire. L'existence d'une défense abdominale ou pelvienne témoigne le plus souvent d'une urgence chirurgicale.

L'examen au spéculum permet de noter l'existence de leucorrhées anormales qui seront prélevées pour analyse bactériologique ou de métrorragies, ainsi que l'aspect du col utérin.

Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, à la recherche d'une masse pelvienne, précise la taille de l'utérus et des annexes, ainsi que le caractère douloureux de la mobilisation utérine ou des culs-de-sac vaginaux.

Examens complémentaires utiles

La prescription des examens complémentaires est orientée par la clinique. Il faut rappeler que le test de grossesse qualitatif sérique doit être quasi systématique chez toute femme en âge de procréer qui se présente pour douleur pelvienne aiguë afin d'éliminer une grossesse intra- ou surtout extra-utérine, la notion de contraception ne suffisant pas à l'exclure car les oublis sont toujours possibles. Un test positif doit être complété par un dosage quantitatif.

L'échographie abdomino-pelvienne est un examen performant, le plus souvent accessible en première intention.¹ Elle permet de visualiser un épanchement abdominal ou limité au Douglas, un kyste ovarien, une collection tubaire, un fibrome en nécrobiose ou une dilatation pyélocalicelle. Il faut rappeler que les ovaires peuvent présenter de façon physiologique avant la ménopause de petites images « kystiques » anéchogènes pouvant mesurer jusqu'à 20 mm de diamètre qui ne sont autres que des follicules. Il faut savoir également qu'un petit épanchement du Douglas (20 mm de diamètre) peut s'observer au décours immédiat de l'ovulation ou pendant les règles sans signification pathologique.

Le scanner et a fortiori l'imagerie par résonance magnétique ne sont pas, sauf cas très particulier, indiqués en 1^{re} intention.

La numération formule sanguine et la protéine C réactive (CRP) sont prescrites chaque fois qu'on soupçonne une origine infectieuse. L'hyperleucocytose et l'élévation de la CRP ont une spécificité faible mais constituent des éléments d'orientation. Le dosage de l'hémoglobine et l'hématocrite permettent de quantifier une éventuelle hémorragie extériorisée ou non.

Un examen bactériologique est réalisé chaque fois qu'il existe des leucorrhées anormales en prenant soin d'utiliser un milieu de transport spécifique pour la recherche de *Chlamydiae*, et un écouvillon standard pour la recherche de germes banals. La recherche de gonocoque doit être spécifiée au laboratoire et le prélèvement ensemencé en urgence car ce germe est peu résistant. Un examen cytotabactériologique des

urines est prescrit en cas de signe d'appel urinaire ou de positivité d'une bandelette urinaire.

La cœlioscopie réalisée en milieu chirurgical sous anesthésie générale garde sa place parmi les outils du diagnostic des douleurs pelviennes aiguës.² Elle permet de surcroît de traiter la majorité des pathologies annexielles. L'indication de cœlioscopie au titre du diagnostic pur doit cependant être limitée aux suspicions d'infections pelviennes et ne pas devenir le palliatif d'une exploration clinique et paraclinique insuffisante ou mal conduite.

Causes

Éliminer une grossesse

Les douleurs aiguës du 1^{er} trimestre de la grossesse ne sont pas l'objet de ce chapitre mais il faut rappeler que l'association d'une douleur pelvienne aiguë et d'un test de grossesse positif doit faire évoquer la grossesse extra-utérine dont le traitement peut parfois être médical (méthotrexate voire abstention) mais reste dans la majorité des cas chirurgical, urgent, cœlioscopique le plus souvent.³ L'avortement spontané précoce peut aussi se manifester par des douleurs pelviennes aiguës mais sa prise en charge est exceptionnellement urgente, dans les rares cas de métrorragies abondantes.

Infections pelviennes

Une fois la grossesse éliminée avec certitude sur la négativité des tests, l'interrogatoire peut orienter le praticien vers le diagnostic d'infection pelvienne aiguë.⁴ La notion de fièvre, de leucorrhées anormales (ou de métrorragies), de changement récent de partenaire sexuel, le port d'un stérilet ou la connaissance d'un geste endo-utérin (curetage, interruption volontaire de grossesse, hystéroscopie, hystérographie) sont des éléments d'orientation. On oppose classiquement les infections à gonocoque, de symptomatologie bruyante (fièvre, malaise, leucorrhées abondantes, douleur pelvienne aiguë) dans un contexte de pelvipéritonite, aux infections liées à d'autres germes, *Chlamydiae* en particulier, de manifestations plus pauvres. Ces infections sont dans la majorité des cas plurimicrobiennes.

L'endométrite peut être considérée comme un 1^{er} stade d'infection génitale limitée à l'endomètre : les leucorrhées malodorantes sont souvent associées à des métrorragies, l'utérus est douloureux à la mobilisation, parfois de consistance plus molle qu'à l'habitude. La salpingite constitue le stade ultérieur : à la symptomatologie précédemment décrite s'ajoute une douleur pelvienne le plus souvent bilatérale. Les culs-de-sac vaginaux sont douloureux et parfois empâtés. La fièvre est présente dans 50 % des cas et l'hyperleucocytose est inconstante. L'existence d'une défense pelvienne signe le passage au stade de pelvipéritonite aiguë non exceptionnel dans les infections à gonocoque. Il faut connaître le syndrome de Fitz Hugh et Curtis, péri-hépatite, terrain de la diffusion péritonéale, que l'on observe parfois dans les infections à gonocoque ou à *Chlamydiae*, source de douleur de l'hypocondre droit pouvant simuler une colique hépatique ou une cholécystite aiguë. Plus rarement le tableau peut prendre l'aspect d'un choc septique (colibacille).

L'échographie pelvienne est indiquée à la recherche d'une abcédation de la trompe (pyosalpinx), plus rarement de l'ovaire ou du cul-de-sac de Douglas. La cœlioscopie permet de confirmer le diagnostic en cas d'incertitude, de lever les premières adhérences pelviennes qui ont pu se constituer. Elle est impérative en cas de pelvipéritonite afin d'effectuer un lavage péritonéal ou lorsqu'on suspecte une abcédation pour en faire le drainage. Dans les autres circonstances la cœlioscopie peut être indiquée en 2^e intention devant une régression insuffisante des symptômes, malgré un traitement médical bien conduit, ou pour évaluer l'état des annexes, les obstacles potentiels à la fertilité et réaliser une adhésiolyse.

Une double antibiothérapie à large spectre est indiquée dans tous les cas : elle doit couvrir les germes gram-négatifs, anaérobies et les *Chlamydiae* pendant 20 jours. L'association ampicilline-acide clavulanique et cycline est classique. Les cyclines peuvent être remplacées par une fluoroquinolone de type ofloxacin ou péfloxacin qui présente l'avantage d'une bonne diffusion tissulaire. La sérologie *Chlamydiae*

n'est d'aucune utilité pour le diagnostic et les réactions croisées avec les chlamydioses respiratoires sont fréquentes : elle a été proposée dans la surveillance de l'efficacité du traitement des infections à chlamydiae avérées. La recherche de *Chlamydiae* dans les urines par technique de biologie moléculaire (*polymerase chain reaction*, PCR) est la plus sensible mais n'est pas envisageable en urgence. Elle ne permet pas par ailleurs de distinguer les portages sains des infections patentes. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes ont été proposés afin de limiter la formation d'adhérences pelviennes, sources de douleurs chroniques et d'infertilité, sans avoir fait la réelle preuve de leur efficacité. Nous les déconseillons formellement dans les situations où le processus infectieux n'est pas maîtrisé avec certitude. L'évolution se juge sur la disparition de la douleur et sur la normalisation rapide de la biologie. Le contexte de l'urgence ne doit pas faire oublier la nécessité d'un prélèvement (et d'un traitement) du partenaire lorsque le contage sexuel est probable. Les rapports sexuels doivent être protégés par l'utilisation de préservatifs pendant toute la durée des traitements.

Fibromes ou léiomyomes

Les fibromes sont fréquents chez les femmes de plus de 40 ans. Ils peuvent cependant apparaître beaucoup plus précocement en particulier chez les femmes de race noire qui sont plus prédisposées. Ils sont normalement indolores sauf lorsqu'ils sont compliqués de nécrobiose (ou nécrose ischémique). La douleur peut alors être d'apparition rapide, généralement localisée au fibrome qui est bien perçue lors de l'examen gynécologique. Elle peut s'accompagner d'une fébricule, sans leucorrhée anormale ni métrorragie et généralement sans signe d'irritation péritonéale. L'échographie confirme facilement le diagnostic en visualisant un fibrome hétérogène du fait de son caractère œdémateux. Le traitement est médical par anti-inflammatoires non stéroïdiens sous couvert d'une protection gastrique. La prescription d'un traitement par progestérone n'a plus de justification car le caractère « antiprolifératif sur les fibromes » de cette classe

Les douleurs abdominales aiguës chez la femme enceinte

Les douleurs abdominales aiguës chez la femme enceinte s'inscrivent volontiers dans un contexte d'urgence médicale ou chirurgicale.

Toute douleur aiguë nécessite d'évoquer simultanément plusieurs diagnostics différentiels, médicaux et chirurgicaux. L'examen clinique doit rester une priorité, malgré ses limites. L'échographie vaginale et pelvi-abdominale, rapide, non invasive, répétitive et sans danger est en obstétrique d'une aide appréciable dans les diagnostics d'élimination.

La grossesse crée des difficultés diagnostiques : à la fois anatomiques, par des modifications constantes des rapports entre l'utérus gravide et les organes de voisinage, et fonctionnelles du fait de l'adaptation de l'organisme maternel à la grossesse. L'inondation hormonale placentaire affecte le péritoine viscéral et pariétal et toute la musculature lisse des viscères intra- et rétropéritonéaux. Chaque trimestre dénature un peu plus la sémiologie en référence à l'état non gravidique. Le caractère trompeur, faussement rassurant, voire piège des données cliniques, s'aggrave au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse. La péritonite gravidique – asthénique – sans réelle contracture abdominale, l'occlusion intestinale aiguë, au ballonnement apparent longtemps bien toléré, aux vomissements tardifs, rassurent à tort le chirurgien qui a perdu ses repères cliniques habituels. La première alerte est biologique (hémococoncentration, oligurie, déshydratation). L'apparition d'une diarrhée inopinée, fébrile ou non, dans un contexte gravidique d'abdomen chirurgical non traité, est une alarme. L'aggravation est certaine et le pronostic plus hasardeux.

Urgences utérines

- La douleur aiguë localisée élective, parfois superficielle, de la nécrobiose aseptique d'un léiomyome utérin connu ou non, avec ou sans contractions utérines associées, ne se confond pas avec la douleur plus diffuse et plus sourde de la contraction utérine d'une menace d'accouchement prématuré.
- Dans un contexte d'hypertension artérielle gravidique, la douleur « en barre épigastrique de Chaussier » de la prééclampsie sévère, la douleur abdominale brutale de la contracture utérine de l'hématome rétroplacentaire, le syndrome de HELLP (hématome sous-capsulaire du foie avec parfois rupture) sont des complica-

tions graves, principales causes de mortalité maternelle, véritables urgences médicales nécessitant à la fois une réanimation maternelle immédiate et un sauvetage fœtal en milieu spécialisé. Dans ce contexte dangereux, l'autre danger est aussi d'évoquer une simple gastrite.

– La rupture de l'utérus gravide avec choc cardiovasculaire.

Urgences chirurgicales

La torsion d'annexe ascensionnée, alourdie par un kyste de l'ovaire en position abdominale (tumoral et non fonctionnel à cet âge de grossesse) est plus ou moins facilement reconnue à l'échographie.

Une appendicite aiguë (appendice ascensionné entre la fosse iliaque droite et la région sous-hépatique ou rétro-utérine) ou bien une occlusion intestinale d'un volvulus sur bride ou adhérences, sont des diagnostics toujours évoqués. L'hésitation du chirurgien, en présence d'un utérus gravide, face aux multiples choix qui se posent à lui (choix de décision d'intervention, de la technique, de la voie d'abord), explique souvent le retard du moment d'intervention.

Urgences médicales

Les pancréatites aiguës, les lithiases biliaires, les ulcères gastroduodénaux sont très rares à cet âge.

La plupart des douleurs d'origine rétro-péritonéale à projection abdominale sont des urgences médicales : crise de colique néphrétique, pyélonéphrite aiguë, abcès périnéphrétique, fréquemment associés à des contractions utérines.

Chez la femme noire des régions subsahariennes, immigrée récente, quelques urgences, rares pour certaines, doivent être évoquées : la crise viscérale abdominale de la drépanocytose majeure, la crise palustre, la rupture spontanée d'un utérus cicatriciel, les hépatalgies des kystes du foie rompus ou non, la perforation colique d'une amibiase colique maligne.

Parce que la physiologie d'adaptation à la grossesse est différente et que l'utérus et le fœtus s'interposent, les douleurs abdominales aiguës chez la gestante mettent en alerte l'obstétricien, le chirurgien, le biologiste. Un avis multidisciplinaire est souvent nécessaire en urgence. Le médecin anticipe alors, par un geste approprié, une aggravation toujours sournoise caractéristique de l'état gravidique où le pronostic maternel est plus rapidement mis en danger qu'en dehors de la grossesse. ■

Jean-Philippe BRETTE, service de gynécologie-obstétrique, Hôpital civil, B.P. 426, 67091 Strasbourg Cedex. Mél : Monique.Weigel@chru-strasbourg.fr

thérapeutique est fortement remis en cause. La surinfection de ces nécrobioses « aseptiques » ne s'observe en pratique jamais. L'antibiothérapie préventive n'a plus sa place aujourd'hui. Le traitement chirurgical d'un fibrome compliqué de nécrobiose doit être envisagé à distance à l'issue du traitement médical. La torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé est exceptionnelle. La symptomatologie est similaire mais généralement plus bruyante. Une intervention en urgence peut être envisagée s'il existe des signes d'irritation péritonéale.

Kystes ovariens et leurs complications

Les kystes ovariens sont fréquents. On distingue les kystes fonctionnels (folliculaires ou du corps jaune) des kystes organiques sur leur taille, leur aspect échographique et leur évolution. Ils peuvent entraîner des douleurs aiguës lorsqu'ils sont compliqués d'une torsion d'annexe, d'une rupture ou d'une hémorragie intrakystique.

La torsion d'annexe est une véritable urgence chirurgicale.² Elle survient le plus souvent sur un ovaire kystique. La douleur initialement unilatérale peut se généraliser à l'ensemble de l'abdomen et s'accompagner d'un syndrome d'irritation péritonéale, d'une défense et d'une fébricule. Le toucher vaginal retrouve une douleur exquise d'un cul-de-sac vaginal ou du Douglas. L'échographie retrouve un kyste ovarien, parfois un petit épanchement péritonéal. Dans certains cas l'étude de la vascularisation ovarienne au doppler couleur apporte des éléments de présomption. Le diagnostic est dans l'ensemble difficile. Il existe des formes cliniques moins bruyantes ou intermittentes correspondant à des torsions partielles ou intermittentes régressives. La sédation progressive et spontanée de la douleur peut témoigner d'une résolution de la torsion mais aussi faire craindre une nécrose avancée. La coelioscopie doit donc être réalisée en urgence pour éviter une nécrose annexielle. Elle seule permettra d'affirmer le diagnostic avec certitude, d'évaluer le degré d'ischémie, d'effectuer une « détorsion » et l'ablation du kyste, éventuellement la fixation de l'annexe. L'ablation de l'annexe est nécessaire lorsque la nécrose est avérée.

La rupture de kyste concerne le plus souvent les kystes du corps jaune dont la paroi est fragile. La douleur est initialement latéralisée. L'épanchement péritonéal secondaire est en général de faible abondance, visible à l'échographie, et se traduit par une douleur du Douglas qui peut irradier vers le rectum. Ces ruptures sont parfois hémorragiques nécessitant exceptionnellement une coelioscopie pour un lavage péritonéal et une hémostase chirurgicale.

Douleurs cycliques

Les douleurs ovulatoires dites « syndrome intermenstruel » sont rarement à l'origine de consultation en urgence mais peuvent dans certains cas être étonnamment bruyantes et simuler une rupture de kyste. Elles s'expliquent par l'irritation péritonéale liée à une suffusion sanguine. Elles peuvent se répéter et s'accompagner de quelques métrorragies. Le syndrome prémenstruel d'expression abdomino-pelvienne et lombaire est mal compris de même que les douleurs engendrées par les troubles de la circulation veineuse ou les séquelles obstétricales.

Cancers pelviens

Les cancers gynécologiques sont aujourd'hui exceptionnellement découverts par un syndrome douloureux, apanage des formes évoluées ou rétro-péritonéales.

Douleurs pelviennes extragénitales

Les douleurs pelviennes ou lombaires aiguës peuvent également correspondre à de nombreuses causes extragénitales. Nous ne ferons ici que les citer mais elles doivent être systématiquement évoquées, notamment l'appendicite, les diverticulites, la colique néphrétique, la pyélonéphrite aiguë, ou la maladie périodique chez les sujets du bassin méditerranéen.

Conclusion

Les douleurs pelviennes aiguës de la femme sont fréquemment mais non exclusivement d'origine gynécologique. Le test de grossesse doit être systématique chez la femme jeune afin d'éliminer une grossesse extra-utérine.

La torsion d'annexe est de diagnostic difficile mais souvent responsable de douleurs importantes orientant vers la chirurgie. Un examen clinique attentif permet le plus souvent d'évoquer le diagnostic d'infection pelvienne. Cet examen sera aussi souvent que possible complété par une échographie à la recherche d'une pathologie annexielle. L'approche multidisciplinaire (urologique et digestive) est parfois souhaitable dans la conduite thérapeutique. Avant d'entreprendre une coelioscopie d'urgence il faut informer la patiente des risques de conversion et d'exérèse. ■

SUMMARY

Acute pelvic pain in adult females

Lionel Savey, Jean-Claude Colau

Acute pelvic pains in women can reflect highly diverse disorders of varying severity, sometimes requiring surgery. It thus is clearly a part of abdominal emergencies in the adult. Good knowledge of underlying gynaecological disorders usually avoids unnecessary surgery. The use of echography has greatly contributed to reducing coelioscopy for diagnosis.

Rev Prat 2001 ; 51 : 1657-60

RÉFÉRENCES

1. Bau A, Atri M. Acute female pelvic pain: ultrasound evaluation. *Semin Ultrasound CT MR* 2000 ; 21 : 78-93.
2. Cohen SB, Weisz B, Seidman DS, Mashiach S, Lidor AL, Goldenberg M. Accuracy of the preoperative diagnosis in 100 emergency laparoscopies performed due to acute abdomen in non pregnant women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001 ; 8 : 92-4.
3. Lemus JF. Ectopic pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000 ; 12 : 369-75.
4. Rhoton-Vlasak A. Infections and infertility. *Prim Care Update Obstet Gynecol* 2000 ; 7 : 200-6.